

DU
CANCER PRIMITIF DE L'URÈTRE
CHEZ LA FEMME
ET DE
SON TRAITEMENT
PAR LA RÉSECTION TOTALE DE L'URÈTRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE PALAIS

né le 18 mai 1887, à Bussières (Loire)



LYON
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE LA SOURCE
21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

—
1912

DU CANCER PRIMITIF DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME
ET DE SON TRAITEMENT
PAR LA RÉSECTION TOTALE DE L'URÈTRE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 135

DU

CANCER PRIMITIF DE L'URÈTRE

CHEZ LA FEMME

ET DE

SON TRAITEMENT

PAR LA RÉSECTION TOTALE DE L'URÈTRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE PALAIS

né le 18 mai 1887, à Bussières (Loire)



LYON

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE LA SOURCE

21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

—
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT, ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	LÉPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique.	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	COURMONT (P.)
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN. —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND., ag.
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale.	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD. —
Clinique infantile	MOURIQUAND.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	Etienne ^e MARTIN.	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMAR.
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER.	TAVERNIER.	PIÉRY, ch....
PATEL.	LATARGET.	CADE.	SAVY, ch....

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; ROLLET, Assesseur ;
MM. PATEL et LERICHE, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon, déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de ma filiale
affection.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR JABOULAY

*Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROLLET

Professeur de Clinique ophtalmologique

Hommage de ma profonde
reconnaissance.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHALIER

*Ex-Professeur à la Faculté
Chef de Clinique chirurgicale*

Il nous aida de ses conseils
au cours de ce travail.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous reste un devoir bien doux à remplir : celui de la reconnaissance, et nous nous y consacrons de tout cœur.

Nous sommes donc heureux d'offrir aujourd'hui à tous ceux qui se sont intéressés à nous nos plus respectueux hommages.

Que tous nos maîtres de la Faculté, que tous ceux des hôpitaux dont nous avons eu l'honneur de suivre les cours et la visite soient assurés de nos meilleurs remerciements.

Nous adressons un souvenir plus particulier aux docteurs Jaboulay, Rollet, Gayet, Mollard, Leclerc, Weill et Mouriquand, que nous avons approchés de plus près et qui nous ont rendu le plus de services.

Notre souvenir ira aussi à deux anciens maîtres dévoués qui s'occupèrent l'un de commencer nos études secondaires, l'autre qui nous les fit bien finir. A tous deux nous offrons nos meilleurs remerciements.

Que toutes les personnes qui nous ont connu dans l'intimité reçoivent l'expression de notre inaltérable souvenir.

A tous nos camarades qui ont partagé notre vie de Faculté et qui ont su nous la rendre plus agréable, nous souhaitons bon succès dans leurs études et leur carrière médicale.

INTRODUCTION ET DIVISION

L'opération qui fait l'objet de notre thèse a consisté dans une résection totale de l'urètre pour un cas de cancer primitif chez la femme. Le sphincter vésical a été conservé, la muqueuse vésicale a été directement abouchée à la muqueuse vestibulaire et la malade a guéri avec une continence parfaite.

Voilà le cas très intéressant que nous allons étudier. Tout d'abord, après avoir résumé en quelques mots l'historique de cette affection, cancer urétral primitif chez la femme, nous rappellerons d'une façon aussi précise que possible les notions d'anatomie sur la région qui nous intéresse.

Puis, nous en étudierons successivement l'anatomie pathologique, l'étiologie, l'évolution, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Notre observation sera mise dans un chapitre à part,

car elle forme un tout assez intéressant. Nous en rapprocherons quelques autres, à propos de chaque procédé opératoire, observations déjà citées dans d'autres thèses, mais qui feront mieux ressortir, par leurs résultats, ce que nous voulons démontrer, à savoir, la supériorité de la résection totale de l'urètre sur tous les autres traitements opératoires, dans le traitement du cancer primitif de l'urètre chez la femme.

HISTORIQUE

Nous empruntons beaucoup dans ce chapitre à la thèse de JACQUARD (Lyon 1911). Nous y trouvons que c'est en 1844 que le Professeur RIBIERI, de Turin, fit le premier diagnostic de cancer primitif de l'urètre chez la femme, et la première intervention. En 1852, JARJAVAY publie plusieurs cas semblables. Il les mentionne dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, et dit que ce sont des tumeurs rares. En 1869, MELCHIORI apporte quatre observations nouvelles accompagnées d'un diagnostic histologique. La première thèse sur la question fut soutenue, en 1888, par LAHAYE (th. de Paris). Suivirent celles de SOULLIER, en 1889, et de WASSERMANN, 1895. Cette dernière, la plus importante de toutes, réunissait 24 observations, dans lesquelles nous trouvons plusieurs cas assez différents comme gravité et comme traitement opératoire.

Depuis cette époque les cas se sont faits plus nombreux et ils nous ont été rapportés dans les travaux d'AUVRAY, de BATTLE, de BOURSIER, de SERPHT (th. de Bordeaux, 1901), de ZEITLER, d'EHRENDORFER.

La question a été traitée également par plusieurs auteurs classiques. LEGUEU a fait un article dans *Le Dentu et Delbet*; MICHAUX dans *Duplay et Reclus*, POUSSEON dans son *Précis des maladies des voies urinaires*, a consacré un long chapitre très intéressant au cancer primitif de l'urètre chez la femme.

Enfin, nous rappellerons les travaux de KARAKI, de BERNY et Mac MURKRY. Tout dernièrement, TACTON fit une synthèse générale de tous ces travaux.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Nous décrirons successivement, dans l'ordre où ils nous sont montrés par le bistouri au cours d'une intervention, la région vestibulaire, le méat urinaire, et enfin le canal urétral proprement dit.

Le vestibule est cette région triangulaire limitée latéralement par les petites lèvres qui se rejoignent en haut pour former le capuchon clitoridien. Nous trouvons immédiatement au dessous une petite élevation médiane appelée tubercule du vagin qui la sépare en bas de l'orifice vaginal.

Une muqueuse dermo-papillaire la tapisse et cette muqueuse est constituée par un épithélium pavimenteux stratifié. Lisse et unie, elle présente à l'état normal une coloration rosée.

Les lymphatiques de cette région se rendent au groupe interne des ganglions superficiels du pli de l'aîne. Ils sont extrêmement multipliés.

C'est à la partie postérieure de ce vestibule, à deux centimètres en arrière du clitoris, que vient s'ouvrir l'urètre. Son orifice ou méat urinaire est donc le point de réunion du canal urétral avec le vestibule de la vulve. A ce niveau, la muqueuse urétrale se continue par une transition insensible avec la muqueuse vestibulaire. De forme arrondie, parfois triangulaire, à sommet supérieur mesurant trois ou quatre millimètres de diamètre, le méat est le point le plus étroit et le moins dilatable du canal.

Celui-ci a trente-cinq millimètres environ de longueur. Il traverse l'aponévrose périnéale moyenne, ce qui nous permet de le diviser en deux segments : l'un situé au-dessous de cette aponévrose, est le *segment périnéal*, l'autre, situé au-dessus, est le *segment intrapelvien*.

Le *segment périnéal* est le plus court, il mesure à peine un centimètre, et il est séparé du vagin par une couche de tissu cellulaire très dense, qui constitue la *cloison urétro-vaginale*. Cette cloison triangulaire présente sa plus grande épaisseur, soit environ douze millimètres, un peu au-dessus du méat, c'est-à-dire vers la portion la plus inférieure du canal. Ce segment périnéal est en rapport en avant avec le ligament transverse qui le sépare de la veine dorsale profonde du clitoris. Sur les côtés, avec le muscle transverse profond du périnée. Il répond également, dans sa portion inférieure, au constricteur et à un plexus veineux, le séparant de la base du clitoris.

Le *segment intra-pelvien* s'étend depuis le col vésical jusqu'au point où le canal traverse l'aponévrose

moyenne. Il mesure environ vingt-cinq millimètres de longueur. Ce segment est à sa partie supérieure en rapport intime avec le sphincter strié de la vessie, lequel se continue ou est continué entre les deux feuillets de l'aponévrose moyenne par le muscle transverse profond.

Au niveau du col vésical, le sphincter strié entoure donc complètement le canal urétral, mais un peu plus bas, il ne recouvre plus que sa face antérieure et ses faces latérales. Ceci provient de ce que l'urètre ne tarde pas à s'accoler directement au vagin. L'incision de cet anneau sphinctérien doit autant que possible être évitée. En tout cas, au cours d'une résection totale de l'urètre pour cancer primitif du canal, elle doit être absolument évitée si l'on veut conserver la continence de la vessie. Non respecté, cet anneau rompu entraîne une incontinence plus ou moins grave.

Le segment intra-pelvien est encore entouré de tissu cellulo-fibreux riche en fibres musculaires lisses et en vaisseaux veineux, tissu qui comble l'espace compris entre les pubis et le vagin d'une part, et les muscles releveurs d'autre part. En avant, il est en rapport avec le plexus veineux de Santorini. Sur les côtés, il répond aux releveurs et à l'aponévrose périnéale supérieure. En arrière, nous l'avons déjà vu, il répond à la paroi antérieure du vagin dont il est séparé par une couche de tissu cellulaire lâche.

Les artères pour la portion intra-pelvienne proviennent des vaginales ; pour la portion périnéale, de la honteuse interne.

Les veines aboutissent aux plexus vésico-vaginaux,

en haut, et aux veines des organes érectiles, en bas.

Les lymphatiques du segment intrapelvien vont aux ganglions hypogastriques, les autres aux ganglions de l'aîne.

Quant aux nerfs, ils proviennent du plexus hypogastrique, et du nerf honteux interne. Ceux qui se rendent au sphincter vésical, arrivent par derrière et ne risquent pas d'être sectionnés au cours d'une résection totale de l'urètre.

Voyons maintenant comment nous pouvons explorer ce canal que nous venons de décrire. Pour l'examen clinique, on emploie la voie vaginale et la voie endo-urétrale. On comprend d'après les rapports signalés plus haut, que le doigt promené sur la paroi vaginale antérieure puisse reconnaître les modifications anormales de l'urètre qui y est adossé.

La voie endo-urétrale, utilisée dans la méthode endoscopique, permet de faire des diagnostics précoces des lésions de la muqueuse.

Dans une intervention, il est classique d'employer la voie sous-symphysaire. LEGUEU la recommande, et c'est celle qu'a employée M. le Professeur JABOULAY, chez la malade de notre observation. Il faut faire pour cela une incision semi-lunaire ou circulaire autour du méat, au-dessous du clitoris et pratiquer le décollement de l'urètre du bord inférieur de la symphyse à l'aide du doigt et des ciseaux, ce qui donne accès sur la paroi supérieure du canal.

Enfin, avant de passer à l'anatomie pathologique, nous dirons quelques mots sur la *constitution anatomique normale* de l'urètre féminin. Celui-ci nous

offre à considérer deux tuniques, une externe musculuse, une interne muqueuse. Celle-ci est mince, élastique, assez résistante, glissant sur la précédente grâce à l'interposition de tissu conjonctif lâche. On peut lui décrire deux couches: un chorion muqueux, riche en fibres élastiques, avec petites papilles vasculaires, un épithélium formé de deux ou trois rangées de cellules polyédriques surmontées d'une rangée unique de cellules prismatiques. En outre, nous trouvons au niveau de cette muqueuse deux espèces de formations glandulaires: des follicules et des glandes en grappe. Ces glandes ne diffèrent que par leur forme. Elles sont tapissées par un épithélium semblable à celui de la muqueuse urétrale: « leur ensemble constitue le prostate femelle ».

Au niveau du méat, la muqueuse urétrale se continue insensiblement avec celle du vestibule. D'après TOURNEUX et HERMANN, la muqueuse vestibulaire pénètre quelquefois très loin dans l'urètre, un centimètre, surtout sur la partie postérieure du méat. A cette région se rattache un certain nombre de productions glandulaires: les unes urétrales, les autres vestibulaires. Les premières ont déjà été décrites. Au vestibule se rattachent deux ordres de formations: les glandes péri-urétrales et les canaux de SKENE.

Les glandes péri-urétrales sont semblables aux glandes de l'urètre, mais un peu plus volumineuses.

Les canaux de SKENE, signalés en 1880, s'ouvrent dans le voisinage du méat à sa partie postérieure. Ces canaux presque constants, 80 %, existent déjà sur le fœtus à terme. Ils s'accroissent jusqu'à l'âge adulte,

puis s'atrophient à la ménopause. Leur longueur chez la femme adulte est de 4 à 20 millimètres, leur diamètre est tel qu'on peut y introduire un stylet de BOWMANN, n° 2 ou n° 3. Dans leur lumière, s'ouvrent les conduits excréteurs des glandes en grappe en tout semblables aux glandes péri-urétrales. Les canaux de SKENE ne différeraient donc pas au point de vue morphologique de ces dernières formations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cancer primitif de l'urètre féminin peut siéger à n'importe quel point du canal. Il siège souvent au niveau d'un rétrécissement antérieur pathologique. Nous le trouvons souvent dans la paroi supérieure vers le clitoris, plus souvent encore au niveau du méat dans la paroi inférieure. Cette tumeur a ordinairement l'aspect cancéroïdal : surface rouge, charnue, saignante, irrégulière et végétante. La base en est indurée. Il se forme plus ou moins rapidement une ulcération à bords durs, et un écoulement de liquide sanieux et fétide ne tarde pas à apparaître.

Au point de vue microscopique, disons tout d'abord que la seule variété rencontrée jusqu'à ce jour est l'*épithélioma pavimenteux lobulé*, par transformation de l'épithélium cylindrique normal en épithélium aplati kératinisé sous l'influence de l'irritation, comme nous le verrons au chapitre *Étiologie*.

Le mal prenant le plus souvent naissance au niveau du méat, il est possible de le surprendre à ses débuts à la simple inspection, d'où avantage pour le chirurgien qui pourra tenter avec succès une opération radicale, et pour l'histologiste qui pourra surprendre aux dépens de quels éléments la tumeur prend naissance. Est-ce aux dépens de l'épithélium urétral ? Est-ce aux dépens de ses glandes ? ou bien dans le tissu para-urétral ! WASSERMANN, dans sa thèse, prétend que l'origine en est surtout dans les résidus des canaux de GARTNER, dont l'épithélium subit les transformations annoncées plus haut.

NADAL (*Journal de médecine* de Bordeaux, 30 mai 1909), ayant étudié spécialement à ce point de vue un cas opéré par lui le 6 novembre 1908, à savoir, une tumeur occupant le tiers inférieur du canal et pour laquelle il fit une résection partielle de l'organe, conclut en ces termes : « Les caractères de la tumeur sont ceux que faisait prévoir la loi de spécificité cellulaire et permettent de la mettre à sa véritable place, de préciser son origine primitive aux dépens de l'épithélium de la seconde partie du canal urétral et ses homologues avec certaines tumeurs de la muqueuse vésicale. Il permettent d'éliminer plus particulièrement son origine aux dépens des glandes de la muqueuse, ce qui lui avait donné une structure plus carcinoïde. ».

Dans notre observation, il s'agit d'un rétrécissement valvulaire de l'urètre qui a dégénéré en tumeur cancéreuse. Le début s'est fait également dans l'épithélium urétral.

D'après la lecture de nombreuses observations, nous pouvons conclure à l'origine de la tumeur, soit aux dépens de l'épithélium du canal lui-même, soit aux dépens de ses glandes, soit enfin aux dépens des glandes para-urétrales ou des canaux de GARTNER.

Dans un premier stade, la tumeur envahit l'urètre dans la portion située en avant de la symphyse pubienne, c'est-à-dire sur une longueur de 10 à 12 millimètres. En arrière de la tumeur, le canal présente souvent les lésions caractéristiques de l'urétrite chronique.

Dans un second stade, tout l'urètre est pris. A ce moment, nous pouvons voir la tumeur adhérer, par sa partie supérieure au périoste du bassin, et par sa partie inférieure à la muqueuse vaginale.

Dans un troisième stade, le néoplasme envahit le col de la vessie et toutes les parties molles du voisinage (cas de LERICHE, Th. de JACQUARD, Lyon 1911).

L'infection ganglionnaire est tardive. Elle survient ordinairement au deuxième stade seulement. Mais d'après WASSERMANN, on ne la rencontrerait que dans un tiers des cas. Elle se fait surtout dans les ganglions du pli de l'aîne, et dans les ganglions hypogastriques.

DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE

Par cancer primitif de l'urètre, nous devons entendre « toute néoplasie carcinomateuse ayant son origine première dans les proliférations atypiques de l'épithélium de revêtement du canal ou de ses glandules ». Tout autre cancer dont l'origine vient de la vulve ou du vagin est secondaire.

Fréquence. — Ces tumeurs malignes de l'urètre chez la femme sont très rares ; WASSERMANN, dans sa thèse, en réunissait 24 cas ; SERPHT, en 1901, en rapporte 31 ; JACQUARD (1911) en a compté environ 75. Malgré nos recherches, nous n'avons pu retrouver de cas publiés depuis ce dernier travail. Notre observation d'aujourd'hui porterait donc à 76 le nombre des cas bien étudiés.

Age. — Ces tumeurs surviennent dans la seconde moitié de l'existence, entre 45 et 65 ans, donc après la

ménopause, c'est-à-dire à peu près comme les autres cancers. Mais la jeunesse n'en est point exempte ainsi que nous le montrent le cas d'Hutchinson (malade âgée de 22 ans) et celui de Gussembauer (malade de 19 ans). SERPHT a signalé quatre cas survenus entre 29 et 38 ans. Les malades des observations de WASSERMANN avaient de 43 à 72 ans ; la nôtre, âgée de 53 ans, ne fait donc pas exception à la règle générale.

Causes prédisposantes. — Que dire de l'étiologie d'une pareille affection ? Nous signalerons, à la suite de WIRCHOW, l'action néfaste d'une irritation locale. WASSERMANN, aussi, a fait remarquer l'existence fréquente d'anciens rétrécissements au niveau desquels s'est développée la tumeur. Dans notre observation, il en est ainsi : c'est un rétrécissement valvulaire de l'urètre qui dégénéra en cancer. Ces rétrécissements peuvent amener assez fréquemment des rétentions d'urine et il n'y aurait rien d'étonnant à ce que l'irritation continuelle d'une vieille cicatrice puisse occasionner cette dégénérescence cancéreuse des tissus, de même que nous en voyons plusieurs exemples dans la pathologie générale ; nous voyons bien un cancer se greffer sur un ulcère simple de l'estomac.

C'est en partant de ce principe que nous signalerons l'influence néfaste de la blennorragie. Pourtant, celle-ci est rarement rencontrée dans les antécédents de nos malades.

La leucoplasie vulvaire et les tumeurs bénignes de la région, polypes ou autres, semblent, elles aussi, devoir prédisposer au développement du néoplasme urétral. De même, la leucorrhée, les calculs vésicaux,

les syphilides, les ulcères, le lupus vulvaire seraient autant de causes prédisposantes. A la syphilis surtout, on doit attacher une grande importance, car beaucoup de malades des observations connues en étaient atteintes, par exemple celle de LERICHE (Th. de JACQUARD).

Nous ferons également grand cas des accouchements et des grossesses répétées comme facteur étiologique de l'épithélioma. C'est ainsi que notre malade eut quatorze enfants vivants, dont neuf morts en bas âge. Ce serait surtout les accouchements difficiles qu'il faudrait incriminer. Cependant, les nullipares ne sont point exemptes du cancer urétral.

Faut-il faire jouer un rôle important à l'hérédité ? Probablement non, en tous cas bien faible. WASSERMANN, dans ses 24 observations, ne l'a rencontré qu'une seule fois, et peu d'auteurs la signalent. C'est l'opinion de LEGUEU.

Pour expliquer comment peut se faire la transformation maligne des leucoplasies vulvaires, PICHEVIN, PETIT et LE DENTU admettent que la leucoplasie est le premier stade des tumeurs malignes. « La plaque primitive, dit LE DENTU, est déjà un épithélioma qui évoluera plus ou moins vite vers la malignité ; qui pourra rester stationnaire, mais qui pourra aussi, à l'âge où les forces déclinent, devenir un néoplasme vrai. Elle est donc un épithélioma en puissance quand elle n'est pas déjà un épithélioma effectif » (*Revue de Chirurgie*, 1896).

Dans un cas de RIBIERI (de Turin), il s'agit d'une tumeur ayant commencé dans le jeune âge, constatée

à l'âge de 11 ans, et qui devint malin après la ménopause.

ALBARAN a vu, chez une de ses malades, un polype survenir à 31 ans, lequel fut traité par des cautérisations répétées et qui devint pourtant cancer à 56 ans.

SERPHT, dans sa thèse, nous signale un cas du Professeur BOURSIER, diagnostiqué cliniquement « cancer du méat » et qui n'était, après profond examen histologique, qu'un adénome en voie de transformation.

EVOLUTION CLINIQUE

Symptômes. — Chaque période de la maladie a ses symptômes propres. Au début, les malades voient leur attention attirée sur leurs voies urinaires par des phénomènes variables. Tantôt ce sont des douleurs à la miction, douleurs qui sont assez difficiles à préciser, souvent ce ne sont que de simples picotements.

On note presque toujours une envie fréquente d'uriner. L'urine, claire ordinairement, contient, surtout au début de la miction, un peu de sang, « ce qui a fait croire à plusieurs malades au retour de leurs règles, pourtant depuis longtemps disparues ».

Dans la période d'état, ces symptômes s'accroissent. Les douleurs, de plus en plus fortes, surviennent spontanément et s'irradient au pubis ou à la racine des cuisses. Elles sont lancinantes, exagérées par la pression en ces endroits et par la miction. Certaines malades ont peur d'uriner « au point qu'on a pu en

trouver qui préféreraient retenir leurs urines pendant une douzaine d'heures ».

Le coït lui-même devient douloureux, mais souvent plus tard que la miction. Il devient un véritable supplice à cause des souffrances terribles qui l'accompagnent.

Les troubles de la miction sont variés. Nous avons parlé de la douleur qui s'explique par le passage de l'urine sur le néoplasme ulcéré. Nous signalerons maintenant les envies fréquentes d'uriner et la lenteur même de ces mictions. Telle malade a mis cinq à dix minutes pour satisfaire au besoin d'évacuer une quantité insignifiante d'urine. D'autres fois nous sommes en présence de malades qui ont une rétention ou une incontinence par regorgement.

L'urétrorragie n'existe pas dans tous les cas, d'ailleurs elle n'a rien de bien caractéristique.

De bien plus grande valeur diagnostique est l'écoulement séropurulent et rebelle qui survient dans beaucoup de cas et laisse voir sous le microscope des éléments histologiques « des cellules épithéliales pathognomoniques ». Mais quelquefois cet écoulement peut n'être qu'un écoulement purulent ordinaire.

Les signes physiques de cette période sont divers. Tout d'abord le toucher de la colonne antérieure du vagin nous fait constater une induration qui fait corps avec l'urètre. La paroi inférieure du canal est transformé en masse dure douloureuse.

C'est surtout l'exploration avec la bougie à boule qui nous fournira le plus de renseignements précieux.

A l'aller comme au retour, nous sentons le rétrécis-

sement, et le retrait de notre instrument est suivi d'un saignement plus ou moins abondant. C'est là un phénomène qui doit éveiller en nous l'idée de malignité.

En palpant le périnée, pendant notre exploration de l'urètre avec la bougie à boule, nous avons de la peine à sentir le bout olivaire de cette dernière, à cause de l'interposition entre lui et nos doigts d'une masse de tissus néoformés.

L'endoscopie urétrale, ou examen microscopique, si souvent employé chez l'homme, peut être utilisée également chez la femme, et est même beaucoup plus facile chez celle-ci. Il n'est d'un secours vraiment efficace, au point de vue intérêt de la malade, qu'autant qu'il est fait précocement. Il est inutile et d'ailleurs souvent impraticable dans les cas avancés, à cause de la dureté du canal et des hémorragies. Dans la première phase de l'affection, au contraire, il permet la confirmation d'un diagnostic, et renseigne sur le siège du mal, surtout quand celui-ci siège près de la vessie.

Quand la tumeur a pris naissance au niveau du méat, il peut être très facile de la reconnaître à la simple vue, après écartement des grandes lèvres.

L'examen des urines, enfin, n'est pas à négliger, il nous renseigne sur l'état de cachexie plus ou moins avancée de la malade, sur la présence de cellules typiques d'épithélium vésical. La présence de ces dernières nous fait présumer que le cancer a déjà gagné le col et le bas-fond de la vessie, c'est donc un bon élément de pronostic. L'examen des urines

pourrait encore renseigner sur l'infection vésicale qui, elle, est souvent une complication du néoplasme urétral.

L'infection ganglionnaire est tardive dans le cancer du méat (SERPHT) arrive six mois à un an après l'apparition des premiers symptômes. Elle est apparue après quatre mois dans un cas de MELCHIORI, c'est donc une des manifestations les plus précoces. Les ganglions sont petits et durs, ils augmentent de volume avec la maladie et finissent par devenir douloureux, leur ulcération n'a jamais été signalée. Quand on constate cette infection ganglionnaire très nette, c'est que le néoplasme a déjà envahi la moitié postérieure du canal.

Enfin l'état général de la malade pourrait fournir quelques indications. Il ne tarde pas en effet à être profondément atteint. L'appétit disparaît, les forces diminuent et l'amaigrissement survient rapidement. Les téguments prennent le teint jaune paille caractéristique de la cachexie cancéreuse.

Marche. — La maladie a une marche tout à fait variable. En général, elle évolue rapidement, on a signalé des cas ayant duré plusieurs semaines seulement, d'autres plusieurs années. On a signalé des cas ayant évolué beaucoup plus lentement, douze ans dans un cas d'ALBERT, vingt ans dans un autre de PONCET.

Ne serait-ce pas dans ces derniers cas qu'il s'agirait de transformations de tumeurs bénignes en tumeurs malignes?

Terminaison. — La fin la plus habituelle des malades atteintes de cancer primitif de l'urètre est la mort par cachexie, mais la mort peut encore survenir du fait de complications, par exemple d'une infection urinaire, de la généralisation de la tumeur, d'une embolie partie du foyer néoplasique. Elle peut survenir aussi du fait d'une maladie infectieuse intercurrente.

Nous devons dire aussi qu'au cours de l'évolution de ces tumeurs, on peut voir survenir des trajets fistuleux, mais cependant assez rarement. Cette rareté chez la femme tient à ce que le néoplasme est le plus souvent situé près du méat, et à ce que le canal urétral est doué d'une largeur et d'une dilatabilité assez grande.

DIAGNOSTIC

Les difficultés pour arriver à un diagnostic bien ferme d'épithélioma primitif de l'urètre sont assez grandes, car il existe plusieurs autres affections avec lesquelles il est facilement possible de le confondre. Nous voulons parler des rétrécissements de l'urètre, de la dégénérescence épithéliomateuse des fistules urinaires. Le diagnostic est encore à faire avec toutes les tumeurs bénignes telles que polypes vasculaires, adénomes, adénofibromes, fibromyomes-papillomes, tumeurs folliculaires.

Il faudra également le différencier du chancre mou et du chancre induré. Des ulcérations syphilitiques tertiaires ou des ulcérations tuberculeuses peuvent parfois simuler les symptômes des ulcérations néoplasiques, d'où nécessité de reconnaître, de visu, ces diverses ulcérations.

Les ulcérations tuberculeuses, elles, se reconnaissent à leurs bords violacés et déchiquetés, à leur fond granuleux. Les antécédents de nos malades peuvent également nous guider dans le bon chemin : ainsi l'absence de tout signe de tuberculose pulmonaire ou viscérale peut suffire parfois à faire éliminer le diagnostic de rétrécissement ou d'ulcérations tuberculeuses quand celles-ci ne sont pas typiques.

Si nos malades nient énergiquement la blennorragie chez elles et chez leurs maris, ou bien si la leucorrhée avouée ne ressemble pas du tout aux caractères de l'écoulement gonococcien, on éliminera également le diagnostic de rétrécissement blennorragique.

Tout au plus faut-il, sans s'y arrêter, penser au rétrécissement d'origine traumatique consécutif à un accouchement laborieux.

Les tumeurs bénignes, telles que papillomes, polypes vasculaires ou folliculaires, etc., etc., siègent ordinairement à la partie inférieure du méat. Elles sont multiples, molles, saignantes, se tendent sous l'influence de la marche et des efforts. Elles récidivent souvent aux mêmes points après leur ablation. D'ailleurs, un examen histologique peut toujours fixer sur la nature de ces tumeurs.

Nous parlons enfin du diagnostic avec la syphilis. Si nous la citons en dernier lieu, c'est pour y attirer davantage l'attention.

Le chancre syphilitique s'accompagne d'une pléiade ganglionnaire caractéristique. Cependant, quand le chancre siège exactement sur le méat et se prolonge

dans le canal, il rend très grande la difficulté du diagnostic.

L'existence d'un bubon satellite, l'absence de suintement ichoreux, doivent faire penser au cancer syphilitique dont ils sont caractéristiques.

Quant à l'induration cancéreuse, elle est plus étendue, moins dure, moins résistante que celle du simple chancre induré. D'autre part, le chancre syphilitique tend à la cicatrisation au bout de quelques semaines.

Nous devons enfin ajouter que le cancer se greffe très souvent (voir le chapitre *Etiologie*) sur une ulcération spécifique, donc il n'est pas étonnant que le diagnostic en soit rendu difficile, hésitant.

Pour le diagnostic de la variété de tumeurs à laquelle on a affaire, voici ce qu'il faut savoir. Le sarcome a une évolution excessivement lente, ne s'accompagne pas d'adénopathie et n'a qu'un assez faible retentissement sur l'état général.

Le fibrome fait ses ulcérations très superficiellement et les bords de celles-ci sont réguliers et non indurés.

Nous reconnaitrons au contraire l'épithélioma aux hémorragies au moindre contact, et à son profonde retentissement sur l'état général.

Un dernier diagnostic à faire est celui qui consiste à déterminer si la tumeur constatée est urétrale proprement dite ou para-urétrale. Quand elle est urétrale, nous dit WASSERMANN, on note seulement des hémorragies, un écoulement ichoreux et des troubles de la miction. Le cathétérisme combiné au toucher vaginal permet seul de percevoir la tumeur. Son évolution

peut être presque insidieuse, et aboutir sans trop de douleurs à la rétention d'urine et à la distension vésicale.

Quant aux cancers para-urétraux, ce sont surtout eux qui provoquent ces douleurs terribles, spontanées, pendant la miction ou pendant le coït. On note aussi des hémorragies et une tumeur plus volumineuse, s'accompagnant fréquemment de rétention.

PRONOSTIC

Le pronostic du cancer primitif de l'urètre chez la femme est très grave, non seulement à cause de sa tendance à la généralisation, mais encore à cause de sa récurrence fréquente après une première intervention.

Sur lui, comme sur tous les épithéliomas, l'âge exerce son influence. Plus la malade est jeune, plus la **malignité de la tumeur paraît grande.**

L'état général est toujours fortement influencé et, outre la cachexie cancéreuse, on a toujours à redouter la possibilité des complications signalées au chapitre

Evolution clinique.

Un traitement précoce, quel que soit celui employé parmi ceux que nous étudierons plus loin, peut améliorer momentanément l'état de la malade, mais ces résultats ne durent pas indéfiniment. En règle générale, il y a presque toujours récurrence plus ou

moins lointaine. Or, quand celle-ci se fait, l'adénopathie est à ce moment-là si développée que toute intervention secondaire est impossible.

Nous avons dit que l'intervention ne donnait que des résultats passagers. Nous n'avons, pour nous en persuader, qu'à jeter les yeux sur les tables de statistique dressées dans la thèse de WASSERMANN et comprenant tous les cas connus jusqu'à 1895, encore qu'ont été étiquetés comme succès beaucoup de cas de malades parties à peine trois ou quatre mois après l'intervention et dont on n'eut plus de nouvelles dans la suite. Nous y trouvons 17 cas dans lesquels le traitement a consisté en une résection totale ou partielle ; trois fois, nous trouvons annoncé résultat bon, mais incontinence passagère ; six fois, la mort à brève échéance ; trois fois, récurrence précoce. Pour les autres cas, on mentionnait : pas de récurrence après trois, cinq, sept mois, etc. WINCKEL, pourtant, fit une résection suivie de guérison maintenue au bout de trois ans. REICHET, pour un carcinome péri-urétral, fit une résection totale le 28 janvier 1893, et sa malade n'avait pas de récurrence vingt mois après l'intervention.

La malade de l'observation de la thèse de CRACY, signalée comme succès opératoire faisait une récurrence au bout de dix mois.

Pour expliquer ces récurrences fréquentes, nous citerons les lignes suivantes, de CORNIL et RANVIER : « Les parties du corps où le développement de l'épithélioma est le plus rapide sont celles d'où partent les plus nombreux vaisseaux lymphatiques, celles où la circulation sanguine est le plus active et qui sont

soumises le plus aux causes d'irritation. Par exemple, les orifices muqueux humides, assujettis à des mouvements et à des contusions : les lèvres, la langue, les paupières, le col de l'utérus présentent en effet des épithéliomas dont la marche est aussi rapide et aussi promptement funeste que celle des carcinomes les plus malins. Cependant, leur structure est identique à celle des épithéliomas de la peau du nez et de la joue qui, eux, restent pendant 10, 15 et 20 ans sans amener d'accidents graves et qui conservent un petit volume».

Avec WASSERMANN, nous faisons entrer l'épithélioma de l'urètre dans ce tableau.

TRAITEMENT

Suivant les cas, le traitement employé a été très différent. Il y a, en effet, des traitements palliatifs et des traitements curatifs.

Les traitements palliatifs sont ceux qui n'essayent pas d'enlever le mal, la tumeur même, mais d'obvier aux accidents qu'elle provoque, tels que douleur ou rétention d'urine.

Les procédés curatifs, eux, ont pour but d'enlever le néoplasme, tout le tissu malade, c'est-à-dire partie ou totalité du canal urétral, voire même parfois les organes voisins infiltrés par la tumeur propagée de l'urètre.

Nous étudierons séparément ces divers modes de traitement en signalant, autant que possible, les résultats qu'ils ont donnés.

I. — Procédés palliatifs. — Ceux-ci comprennent surtout la dilatation, le curettage et la cystostomie.

1° *Dilatation*. — Elle a pour but de modifier le rétrécissement en élargissant le canal par le passage souvent répété de bougies à boules de plus en plus grosses. On emploie aussi les mandrins d'Hégar. C'est un assez bon moyen d'apaiser les douleurs si vives de ce cancer en forçant le sphincter contracté, mais, malheureusement, cette amélioration n'est que passagère. La tumeur, non enlevée, continue à évoluer, le sphincter irrité, reprend vite sa contracture et les douleurs redeviennent intolérables. LANDAU GOLDSMITH (Th. de Berlin, 25 mars 1893) rapporte un cas traité par la dilatation, dans lequel la mort arriva huit jours après.

2° *Curettage*. — Le curettage, lui aussi, ne peut donner de résultats durables. Il n'enlève qu'une partie des tissus malades : les petites masses bourgeonnantes et saignantes, faisant saillie dans le canal, et amenant les hémorragies signalées dans le chapitre *Evolution*.

Un curettage, fait le 22 octobre 1875, fut suivi de mort au bout de huit jours.

DAUMY, dans sa thèse, relate des cas de curettage sans aucun résultat bien certain (avril 1894). Les hémorragies revinrent au bout de quelque temps et on ne put entreprendre d'opération radicale à cause de la rapide généralisation.

3° *Cystostomie*. — La cystostomie est une opération qui consiste à créer un débouché artificiel à l'urine qui ne peut plus s'écouler par le canal normal resserré, dans les cas qui nous occupent, par une tumeur cancéreuse. On fait ordinairement l'ouverture de la vessie à la paroi abdominale : c'est la cystostomie sus-pubienne.

Dans une observation de ZWEIFEL, nous lisons que cet auteur, après laparotomie, fit une incision à la paroi postérieure de la vessie et créa une fistule abdomino-vésicale dont les parois furent constituées par le péritoine latéral et le grand épiploon. Cette méthode n'a pas donné de plus grands avantages que la cystostomie sus-pubienne et elle est bien plus compliquée.

On fait la cystostomie dans les cas où on a affaire à des néoplasmes étendus, généralisés et déclarés inopérables.

MELCHIORI traita deux malades ainsi, mais la mort survint à bref délai, dans un état de cachexie très avancé.

MUNN et REICHET nous ont laissé plusieurs observations où fut appliqué le traitement palliatif, mais sans nous donner de détails suffisants sur les résultats obtenus. En somme, par ces procédés, on se contente d'atténuer autant que possible l'infection et les symptômes douloureux des malades, jusqu'à ce que l'extension du néoplasme amène la mort.

Pourtant, dans un cas semblable, où il avait affaire à un cancer généralisé de tout l'urètre, du col vésical et du vagin, M. LERICHE essaya de faire une intervention radicale, qui consista dans l'ablation complète de l'urètre et de la vessie. Les uretères bien disséqués, avec une petite collerette de muqueuse vésicale saine autour d'eux, furent abouchés dans l'anse sigmoïde. Cette opération fut faite assez facilement, mais la malade ne put résister au choc et mourut dans l'après-midi. Chose fort regrettable, car il aurait été très intéressant de voir la survie qu'aurait donné une inter-

vention aussi radicale, et dont nous ne connaissons point d'autre observation.

II. — **Procédés curatifs.** — Etudions maintenant les procédés du traitement curatif. Tout à fait au début, on essaya de pratiquer l'exérèse large et totale de ces tumeurs, surtout celles du méat, au moyen de caustiques, mais on les a proscrits depuis longtemps, leur usage est aveugle et il est préférable d'employer le bistouri. SERPHT (Th. Bordeaux) estime que la *pâte arsénicale*, qui a donné plusieurs bons résultats pour d'autres cancers, devrait être essayée pour le cancer du méat.

Les deux procédés les plus employés sont la résection partielle et la résection totale.

La *résection partielle* consiste à faire une incision au-dessus et au-dessous du méat, à disséquer le canal et à le réséquer, sur la sonde préalablement introduite dans la vessie, en tissu sain. On se contente donc d'enlever la partie malade, et on respecte la portion du canal qui apparaît saine. Il existe deux procédés de résection partielle, celui de RIBERI et celui de MELCHIORI.

RIBERI place sa malade sur les coudes et les genoux. « Il isole la tumeur au moyen de deux incisions successives, allant des côtés de la vessie jusqu'aux cotés du méat urinaire. Il continue l'isolement de l'urètre environné de la tumeur, jusqu'à ce que celui-ci ne tienne plus qu'en arrière, du côté du col vésical. Il introduit alors une sonde dans l'urètre, sonde qui porte un sillon longitudinal sur une de ses faces, et il incise sur la canelure avec un bistouri le canal jusqu'au delà de la partie malade. La sonde est confiée

à un aide. L'urètre fendu se dégage de la sonde et pend dans le vagin; alors, il le saisit de la main gauche, pendant qu'avec son bistouri tenu de la main droite, il le divise d'un trait aux limites de la partie saine et de la partie malade. Suit le tamponnement. »

Le procédé de MELCHIORI diffère du précédent par la position donnée à la malade. Celle-ci est placée sur le dos, dans la position obstétricale. Une sonde métallique est encore placée dans la vessie et permet de mieux disséquer le canal entouré de sa tumeur. L'incision autour du méat est semi-lunaire. Cette position donnée à la malade permet d'atteindre plus facilement les limites du mal dans le sens latéral. Quand l'urètre est bien disséqué, on le sectionne longitudinalement à l'aide de ciseaux introduits le long de la sonde. Celle-ci étant alors abaissée, l'urètre est tiré au dehors pour être coupé au delà des limites du mal. Suit le tamponnement.

Une fois l'urètre incisé et réséqué partiellement, on peut aboucher la portion restante dans le vagin, créer une sorte de fistule urétro-vaginale. C'est une opération mauvaise. Il vaut mieux faire ce que LAHAYE faisait pressentir, en 1888, dans sa thèse. Il parlait de la possibilité d'une réunion par première intention de la muqueuse urétrale à la muqueuse vestibulaire. PÉAN pratiqua cette suture avec succès, mais, c'est WINCKEL et FRANKENTHAL qui la firent les premiers.

La *résection totale* a été beaucoup moins pratiquée. Elle consiste à disséquer et à réséquer totalement le canal tout en respectant le sphincter vésical. On peut alors essayer d'aboucher le col de la vessie dans le

vagin, mais il vaut mieux faire ce qu'a fait M. le Professeur JABOULAY, pour la malade de notre opération. Il l'a placée dans la position obstétricale, a introduit une sonde dans la vessie et fait non plus une incision semi-lunaire autour du méat, mais une incision complètement circulaire. Avec les doigts et le bistouri, il disséqua le canal jusqu'au col de la vessie. Quand celui-ci fut bien isolé avec sa tumeur, la sonde fut abaissée et l'urètre totalement réséqué, sans incision du sphincter. En tirant alors sur la muqueuse et la suturant à la muqueuse vestibulaire, il restaura un canal continent.

Voici d'ailleurs, *in-extenso*, notre observation où se trouvent décrites, non seulement l'histoire clinique de la malade, mais aussi l'opération instituée chez elle par M. le Professeur JABOULAY.

OBSERVATION

de la Clinique du Professeur JABOULAY

(Rapportée dans *Lyon médical*, 7 avril 1912, par le D^r HORAND.)

S. M..., verrière, âgée de 53 ans, née à Venise, avait eu la variole en 1890. Elle niait la syphilis et la blennorrhagie ; elle avait eu 14 enfants vivants, dont 9 morts en bas âge. Son mari était robuste et bien portant. Cette malade racontait une histoire de rétention chronique d'urine remontant à 1897. Elle fut soignée à cette époque par un médecin italien, qui fit des sondages et diagnostiqua, au dire de la malade « un petit kyste ». On peut penser qu'il s'agissait d'un rétrécissement valvulaire.

Depuis cette époque le malade émettait lentement ses urines : sa vessie se vidait mal et péniblement. En 1904, elle eut une pneumonie. En 1910, le 3 novembre, lorsque le D^r HORAND, l'examina, elle souffrait depuis plusieurs mois dans l'hypochondre droit. Puis, brusquement, elle n'avait plus émis une seule goutte d'urine (jamais eu ni sucre, ni albumine).

A l'exploration on trouvait sa vessie distendue, globuleuse, remontant jusqu'à l'ombilic. Elle était douloureuse à la pression et lorsque la malade voulait marcher ; debout, elle l'obligeait à rester « pliée en deux », courbée en avant pour relâcher les muscles de la paroi antéro-latérale. Son rein droit était sensible à la palpation et il semblait exister sur le trajet de l'uretère droit une grosseur et une douleur indiquant une hydronéphrose, sinon une pyélonéphrite ascendante

droite. La malade n'avait pas de température. On essaya de sonder la malade avec diverses sondes urétrales et même de passer un fin stylet, mais sans aucun succès. Il constatait un obstacle infranchissable, intra-urétral, siégeant à 15 ^m/_m du méat urinaire. Le moindre contact déterminait une petite hémorragie. Par le toucher vaginal on ne sentait pas de tumeur ou d'induration, soit au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée, soit plus haut. Devant cet état, on pense à un épithélioma de l'urètre car cette malade était un peu jaune bien qu'elle n'ait pas maigri sensiblement. Elle ne présentait aucun signe de tuberculose pulmonaire ou viscérale pouvant faire penser à un rétrécissement tuberculeux de l'urètre. Elle n'avait pas de ganglions inguinaux, iliaques externes, hypogastriques ou du promontoir^e (du moins perceptibles à la palpation).

On ne pouvait incriminer la blennorrhagie; elle la niait énergiquement ainsi que son mari: et la leucorrhée qu'elle avouait n'avait aucun des caractères d'un écoulement gonococcien.

Quant au rétrécissement traumatique de l'urètre consécutif à un accouchement laborieux, on ne pourrait l'affirmer.

En faveur d'un rétrécissement néoplasique, il y avait au contraire les hémorragies au moindre contact, l'âge de la malade, son teint jaune paille.

Comme il était d'une part très difficile d'opérer aseptiquement dans le logement de cette malade et qu'une simple dilatation eut été insuffisante, le D^r R. HORAND conseilla son transfert dans le service de son maître, le Professeur JABOULAY, à l'Hôtel-Dieu. En attendant, on prescrivait un traitement palliatif sous l'influence duquel elle put émettre quelques centimètres cubes d'urine et attendre l'opération.

Après un minutieux examen, M. le Professeur JABOULAY décida d'intervenir chirurgicalement, non pas par des

dilatations simples, mais bien par une opération radicale, c'est-à-dire par l'ablation de l'obstacle.

Pour ce faire, la malade fut endormie: étant placée dans la position de la taille périnéale, il fit une incision circulaire, autour du méat urinaire, disséqua et décolla l'urètre sur une longueur de 30 ^m/_m, et le réséqua en totalité, puis, faisant traction sur la muqueuse vésicale, il la sutura par quelques points au catgut, à la muqueuse du vestibule urétral. Une fine sonde en gomme fut placée à demeure pour bien drainer la vessie, 48 heures après on l'enlevait et on faisait un bon lavage de la région vulvaire.

L'examen anatomo-pathologique fut fait au laboratoire du Professeur JABOULAY. Macroscopiquement sur la pièce, on constate, après ouverture longitudinale de l'urètre :

1° Un rétrécissement valvulaire, d'aspect cicatriciel, ulcéré en un point avec un épaissement sous-jacent à base indurée. Cette base est indurée et cassante comme la pulpe d'une pomme crue;

2° En avant et en arrière du rétrécissement on remarque la souplesse de la muqueuse et son extrême minceur, surtout marquée au dessus du rétrécissement. La muqueuse est très vasculaire.

Sur les coupes histologiques, on remarque : 1° En avant et en arrière du rétrécissement une muqueuse saine peu épaisse et stratifiée; 2° Une sous-muqueuse infiltrée de globules blancs et d'une richesse en vaisseaux plus grande que normalement. Près du rétrécissement, la musculuse est légèrement œdématiée, les fibres musculaires dissociées. L'adventice est un peu épaissie.

Au niveau du rétrécissement on note un épaissement énorme de la muqueuse avec prolifération de la basale ayant poussé de gros bourgeons dans la sous-muqueuse et le tissu conjonctif, où l'on trouve des îlots de cellules néoformées.

En certains points, on trouve des petits foyers de ramolisements, petits abcès aréolaires contenant une gouttelette de pus. Nulle part on ne trouve de cellules géantes ou de tubercules. Le nombre des vaisseaux rencontrés est surprenant, bien que l'on s'attendit à trouver une vascularisation très riche à cause de la facilité avec laquelle saignait cette muqueuse.

Dans le tissu conjonctif, on remarque, outre une infiltration de leucocytes anormales, la présence de cellules à gros noyaux, errantes sans ordre et sans raison, rappelant la disposition anarchique du cancer. C'est pourquoi, bien qu'on ne trouve pas de globes cornés, on pense devoir faire de grandes réserves en faveur d'un épithélioma pavimenteux de l'urètre, greffé sur une cicatrice ancienne, débris d'une valvule congénitale, dont la malade avait été incommodée toute sa vie.

Dans les 24 heures qui suivirent l'intervention, la malade eut trois émissions d'urine volontaires, sans aucune incontinence. La malade n'eut pas de température. Elle fit un peu de sphacèle dans la région vestibulaire, mais sous l'influence des lavages au permanganate, la plaie se cicatrisa assez rapidement. Or, treize mois après cette intervention, la malade n'a fait aucune récidive, elle n'a pas d'incontinence « elle n'a jamais si bien pissé ». Avant son départ à Venise, elle était en parfaite santé.

Cette observation n'est pas absolument unique dans son genre. Nous avons, en effet, trouvé dans la littérature quelques exemples de résection totale de l'urètre, mais avec une technique, semble-t-il, moins bien réglée, et souvent avec des résultats fonctionnels moins bons.

A titre documentaire, il nous paraît intéressant de signaler ici ces observations plus ou moins analogues à la nôtre.

OBSERVATION I.

RIBERI de Turin (Th. Lahaye 1888).

Malade âgée de 58 ans, début des premiers symptômes à 48 ans. Evolution rapide en un an. Douleurs deviennent si fortes que la malade découragée et amaigrie se décide à l'opération qui fut pratiquée le 2 juin 1844. Elle consista dans l'isolement de la tumeur, à droite et à gauche, à l'aide du bistouri. Une fois isolé, le canal est totalement sectionné. Une sonde fut passée à travers le col de la vessie. Tamponnement du vagin pour arrêter l'hémorragie.

Résultats. — Fièvre traumatique assez modérée. 12 jours après sonde est enlevée. Incontinence d'urine passagère. Au toucher, on sentait une espèce de valvule triangulaire à pointes minces, pendant dans le vagin, s'interposant en guise de cloison entre le col de l'utérus et de l'ouverture de la vessie, et formé par un reste de la portion vagino-vesico-utérine de la muqueuse. Plus tard, cette saillie, à la suite du travail de cicatrisation, fut tirée en haut vers la place naturelle de l'urètre. Elle contracta des adhérences, de manière à former un nouveau canal urétral dont le méat ne s'ouvrait qu'à quelques lignes au dessous de sa situation habituelle.

OBSERVATION II.

REICTEL (Th. Wassermann).

Il s'agissait d'une femme âgée de 64 ans, atteinte d'une tumeur qui entourait l'urètre sur une longueur de 2 centimètres, siégeant surtout sur la paroi postérieure. L'opération eut lieu le 11 septembre 1890.

La tumeur fut disséquée autour de l'orifice urétral externe en la circonscrivant à 1 centimètre de distance dans le tissu sain, puis on la sépara de la symphyse en avant, tandis qu'en arrière, on incisa la muqueuse vaginale jusque près de la vessie, on enleva l'urètre avec la cloison uréthro-vaginale par une incision transversale, placée immédiatement en avant du col vésical. La surface de la plaie paraissant suspecte, on enleva un autre morceau et on extirpa ainsi malheureusement le sphincter musculaire tout entier. On termina l'opération en suturant la muqueuse vésicale à la paroi antérieure du vagin et on ferma le reste de la plaie par des sutures au catgut en surjet posées sur plusieurs plans.

Résultat. — Incontinence, malade forcée de porter un urinal.

OBSERVATION III.

de REICTREL (Sitzungsbericht der Würzburg *Phys. med.*)

9 mai 1890.

Femme âgée de 59 ans. Orifice urétral externe entouré par une tumeur carcinomateuse grosse comme une noix, laquelle a infiltré tout la paroi uréthro-vaginale, tout en respectant la muqueuse urétrale, autant qu'on pouvait en juger à l'œil nu. Examen microscopique n'a pas été fait. Peut-être s'agissait-il d'un carcinome péri-urétral !

Opération le 28 janvier 1890. Tumeur extirpée avec urètre tout entier jusqu'au sphincter vésical. Celui-ci pouvant être respecté, vessie conserva toute sa continence. Malade guérit. Depuis pas de récurrence.

OBSERVATION IV.

THOMAS (Th. Wassermann).

Jeune femme, 29 ans. Carcinome. Tumeur enlevée par le galvano-cautère en même tant que l'urètre entier. Guérison. Pas d'incontinence, 21 décembre 1876.

OBSERVATION V.

Marc MURKRY (de Louisville).

Extirpation totale de l'urètre. Continence vésicale parfaite. Guérison maintenue un an après l'opération. (*Revue de Chirurgie*, 1908, p. 444, T. II).

Au total, nous croyons que dans la plupart des cas de cancer primitif, de l'urètre féminin, à condition d'avoir affaire à une tumeur opérable, la meilleure opération est celle qu'a utilisée M. le Professeur JABOULAY, dans le cas que nous venons de publier.

Nous l'avons vu, cette méthode peut donner une continence vésicale excellente.

Quant aux résultats éloignés, ils sont parfaits, puisque notre malade au bout de treize mois, a quitté la France, en urinant mieux que jamais.

CONCLUSIONS

I. — Les rétrécissements de l'urètre peuvent dégénérer en cancer, comme en témoigne l'observation qui a servi de point de départ à ce travail.

II. — Ce cancer peut se généraliser assez facilement et entraîne alors une opération relativement grave. Il importe donc d'en faire le diagnostic précoce et d'intervenir rapidement.

III. — L'intervention ne devra pas consister à faire la dilatation, le curetage, la cystostomie sus-pubienne, mais à pratiquer une résection partielle ou totale de l'urètre.

IV. — Mieux vaut faire la résection totale, car les chances de récurrence sont moins grandes.

V. — Malgré la résection totale de l'urètre, la conservation du sphincter vésical est possible, la muqueuse vésicale peut être suturée assez facilement à la muqueuse vestibulaire, ce qui laisse la vessie continente, comme nous l'avons observé dans notre cas.

Ce procédé, tel que l'a utilisé M. le Professeur JABOULAY, nous paraît devoir être le procédé de choix.

Le Président de la Thèse,

Vu :

JABOULAY.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 juillet 1912.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Médecine opératoire des voies urinaires.
- AUVRAY. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. Soc. Anat. Paris 1904.
- BATTLE. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Lancet* 1891 et 1901.
- BOURSIER. — Deux cas de cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Journ. méd.* de Bordeaux 1908.
- BROTHERS. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. *The Amér. Journ. of Obstetric*, 1902.
- DUNN. — Cancer de l'urètre chez la femme, traité par cystostomie sus-pubienne. Excision de l'urètre et de la vessie, Clôture de la vessie conservée. *Ann. Surg.*, Philadelphie 1894.
- EHRENDORFER. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Arch. gynéc.*, 1904. T. LXVIII, p. 489.
- GAYET. — Cancer de l'urètre. *Lyon Méd.* 1901.
- HARTMANN. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Ann. gynéc.* 1896.
- YASUKO-KARAKI. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Zeit. gynéc.* 1907, C. XI.
- LAHAYE. — De l'épithélioma de l'urètre chez la femme. Th. de Paris 1888.
- LEFÈVRE. — Cancer de l'urètre chez la femme. Soc. Anat. de Bordeaux 1906.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie 1906.

- LEGUEU et DUVAL. — *Ann. mal. org. urin.* 1903, Tome XXI. Ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrotomie vaginale.
- LEJARS. — Les abcès sous-urétraux chez la femme. *Sem. Médicale* 1908.
- MATHEWS. — Néoplasme de l'urètre chez la femme. Chicago, *Méd. Times* 1900.
- MAC MURKRY. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Ann. of. surg.* 1908.
- NADAL. — Epithélioma du tiers inférieur de l'urètre chez la femme. *Journ. méd.* de Bordeaux, 1909.
- PETERSON. — Cancer de l'urètre chez la femme. *Ann. gyn.*, février 1903.
- POUSSON. — Précis des maladies des voies urinaires.
- SCHRAMM. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Arch. f. gynéc.* 1899.
- SERPHT. — Cancer du méat chez la femme. Th. Bordeaux 1901.
- SOULLIER. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. Th. Paris 1889.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.
- HIRMAN VINEBERG. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Ann. of surg.* 1902,
- WASSERMANN. — Epithélioma primitif de l'urètre. Th. Paris 1895.
- WIESINGER. — Création d'une fistule de Witzel dans la vessie, cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Centrall. f. chir.* 1894.
- ZEITLER. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. *Mang. dess. Würzburg* 1500.
- JACQUARD. — Du cancer total et de son traitement. Th. Lyon 1911.
-

IMPRIMERIE DE LA SOURCE, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21, LYON
